

# ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ДЕЯКИХ КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Латишев Є. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

В статті проаналізовано джерела фінансування систем охорони здоров'я країн європейського регіону, доходи яких формуються переважно за рахунок оподаткування та визначено особливості збору податків на охорону здоров'я.

**Ключові слова:** фінансування та організація охорони здоров'я, податок, постачальник та замовник медичних послуг.

З фінансової точки зору надання медичної допомоги можна представити у спрощеному вигляді як процес руху коштів охорони здоров'я, коли постачальники медичних послуг спрямовують їх на задоволення потреб хворих, а хворі або сторонні платники спрямовують фінансові кошти постачальникам.

Найпростіша форма угоди за поставку товару або послуги – прямий платіж. Споживач (перший учасник угоди) сплачує постачальнику (другому учаснику) безпосередньо за товар або послугу. У сучасних системах охорони здоров'я функціонує «модель трикутника», де існує третій учасник, який захищає населення від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою. Цього третього учасника може представляти собою держава [1].

Механізм, при якому платежі здійснює третій учасник (сторонній платник), склався в значній мірі завдяки тій невизначеності, яку несе за собою хвороба, що дозволяє розділити ризики. Цей механізм є також засобом досягнення міжособистісного перерозподілу ресурсів [2, 3].

Завжди актуальним є факт, що для фінансування послуг охорони здоров'я, третій учасник (держава) повинен безпосередньо або опосередковано зібрати гроші від населення з метою захисту їх від ризиків. Отриманий таким чином дохід використовується для компенсації витрат хворого або постачальника.

**Метою** нашого дослідження був аналіз джерел фінансування систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу (ЄС), доходи в яких переважно формуються за рахунок оподаткування та визначення їх особливостей.

У якості джерел була використана європейська інформаційна база даних ВООЗ та інші наукові джерела.

**За результатами** аналізу встановлено, що європейські системи охорони здоров'я (n=27) фінансуються переважно з різних джерел з домінуванням оподаткування та соціального медичного страхування, в деяких країнах значна питома

вага доходної бази формується за рахунок прямих платежів пацієнтів, а приватне медичне страхування займає другорядне місце [1, 4].

Фінансування охорони здоров'я – поняття, яке охоплює три функції, що пов'язані з рухом коштів через систему охорони здоров'я:

- механізми збору та мобілізації коштів (інкасація доходів);
- створення фінансових пулів;
- розподіл коштів постачальникам послуг [5, 6].

Податки можуть стягуватися з окремих осіб, господарств і фірм (прямі податки) або з операцій і товарів (непрямі податки). Прямі і непрямі податки можуть стягуватися на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях. Непрямі податки можуть бути загальними (наприклад, податок на додану вартість) або використовуватися до певних товарів (акцизні податки). Розрізняють податки, що стягуються урядом і обов'язкові страхові внески, що стягуються, як правило, незалежними або напівнезалежними агентами. Податки можуть бути загальними або адресними (цільовими) – інакше кажучи, призначеними для певних витрат.

Метою створення фінансових пулів є інкасація (збір) коштів з різних джерел та їх розподіл серед організацій, які безпосередньо платять постачальникам послуг. Існують два найважливіші аспекти створення пулів та розподілу коштів: рух коштів від багатих до бідних (перерозподіл доходів) і від здорових до хворих (розділення ризиків).

Інкасацію доходів слід відрізнити від об'єднання коштів, тобто створення фінансового пулу: деякі форми інкасації не допускають розділення фінансових ризиків між платниками (тобто усереднення ризиків). Створення фінансового пулу визначається як «концентрація попередньо сплачених коштів охорони здоров'я в інтересах населення» [1, 7].

Створення фінансового пулу важливе, оскільки це сприяє концентрації та усередненню фі-

нансових ризиків по всій сукупності жителів або по певній групі населення.

Розподіл коштів або закупівля послуг поставальниками послуг.

Під закупівлями розуміється «перерахування коштів, накопичених у фондах, поставальникам послуг в інтересах населення» [7].

У деяких системах послуги закуповуються спеціальними агентами (наприклад, у Великобританії такими агентами є трести первинної допомоги). У подібних випадках кошти з фондів повинні переводитися покупцям. Завдання забезпечення рівності, справедливості та ефективності вимагає такого розподілу коштів, яке відповідало б реальним потребам охорони здоров'я.

Подушне фінансування (капітація) служить основним методом калькуляції бюджету покупців у країнах ЄС. Разом з тим багато систем охорони здоров'я продовжують розподіляти кошти, керуючись політичними розрахунками, історичними прецедентами або вигідними ціновими пропозиціями.

Значною проблемою є зрівноважування доходів і витрат, хоча основна увага в наших дослідженнях приділяється доходам, важливо осмислення обох сторін балансу – доходи і витрати.

Слід зазначити, що тенденції витрачання коштів в охороні здоров'я країн ЄС були такі, що в 1960–1970-х рр. двадцятого сторіччя витрати на соціальне забезпечення швидко збільшувалися, проте потім це зростання призупинилося. Економічний спад, що наступив услід за нафтовою кризою 1974 р., і зростаюче безробіття підірвали віру в обґрунтованість політики підвищення витрат на соціальне забезпечення. Однак, державні витрати на соціальне забезпечення в багатьох країнах незабаром стабілізувалися, а витрати на охорону здоров'я в реальному вираженні продовжували зростати. Ця обставина посилила конфлікт між попитом і пропозицією в охороні здоров'я. Для запобігання такої ситуації країни вдалися до дефіцитного фінансування, урізання інших державних витрат, переключення на приватні джерела надходжень, або підвищення економічності.

Порівняння даних про витрати на охорону здоров'я по різних країнах породжує ряд методологічних питань. Серед них, встановлення кордону між охороною здоров'я та соціальною опікою, стандартизація визначень по різних країнах, методи збору даних, питання, пов'язані з організаційними відмінностями.

Певні проблеми виникають також у зв'язку з точним виміром витрат та їх поданням у вигляді відсотка від валового внутрішнього продукту (ВВП): оцінки можуть варіювати в широких межах і не враховують ситуації в неофіційному секторі економіки та охорони здоров'я країн Південної, Центральної та Східної Європи. Альтернативні методи – такі, як облік курсу обміну

валют і оцінка відносної купівельної спроможності при порівнянні витрат на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення – не вирішують виникаючих труднощів. Так, курси обміну валют коливаються, а розрахунки цін на товари і послуги, що входять в стандартний споживчий кошик (на основі якого оцінюється відносна купівельна спроможність), необ'єктивний відносно цін на медикаменти [7].

Дані свідчать про те, що в більшості європейських країн витрати на охорону здоров'я в реальному вираженні продовжують зростати. Те ж відноситься і до державних витрат на охорону здоров'я, особливо в Німеччині, Ірландії, Нідерландах та Великобританії, де державні витрати на охорону здоров'я зростали швидше, ніж загальні [8].

Дані по країнах ЄС свідчать про те, що витрати на охорону здоров'я, що розраховуються як відсоток від ВВП, в кінці 1990-х років стабілізувалися, а в деяких країнах навіть знизилися. Однак у восьми країнах ЄС ВВП між 1995 і 2008 рр. зростав швидше, ніж витрати на охорону здоров'я, а в Данії, Греції, Португалії та Іспанії витрати на охорону здоров'я зростали лише не набагато швидше, ніж ВВП [1, 8].

Таким чином, показники стабілізації витрат, які розраховуються як відсоток від ВВП, у ряді випадків, можливо, відображають не стільки успіхи зі стримування витрат на охорону здоров'я, скільки загальне економічне зростання. Наприклад, зростання витрат на охорону здоров'я в Ірландії між 1995 і 2008 рр. виросло на 3,4%, а економічне зростання склало 8,8%.

У Фінляндії та Швеції витрати на охорону здоров'я знизилися. Що стосується Швеції, то тут сталося перетікання частини витрат з бюджету на охорону здоров'я в бюджет соціального забезпечення. У Фінляндії ж серйозний економічний спад привів до необхідності значного скорочення державних витрат на охорону здоров'я [1, 8].

За результатами аналізу джерел фінансування країн-членів ЄС встановлено, що європейські системи охорони здоров'я фінансуються здебільшого з різних джерел, до числа яких належать оподаткування, соціальне медичне страхування, платежі готівкою з кишені користувача та приватне медичне страхування. Однак майже у всіх європейських країнах переважну роль відіграють оподаткування та соціальне медичне страхування. Податкові надходження відіграють певну роль у фінансуванні охорони здоров'я майже у всіх європейських країнах. Податки – є основним джерелом доходів охорони здоров'я у ряді країн. У всіх країнах ЄС представлена частка доходів за рахунок оподаткування, яка у середньому складає  $34,6 \pm 31,7\%$  від  $2,8\%$  у Нідерландах до  $87,1\%$  у Великобританії (рис. 1).

За даними європейської інформаційної бази

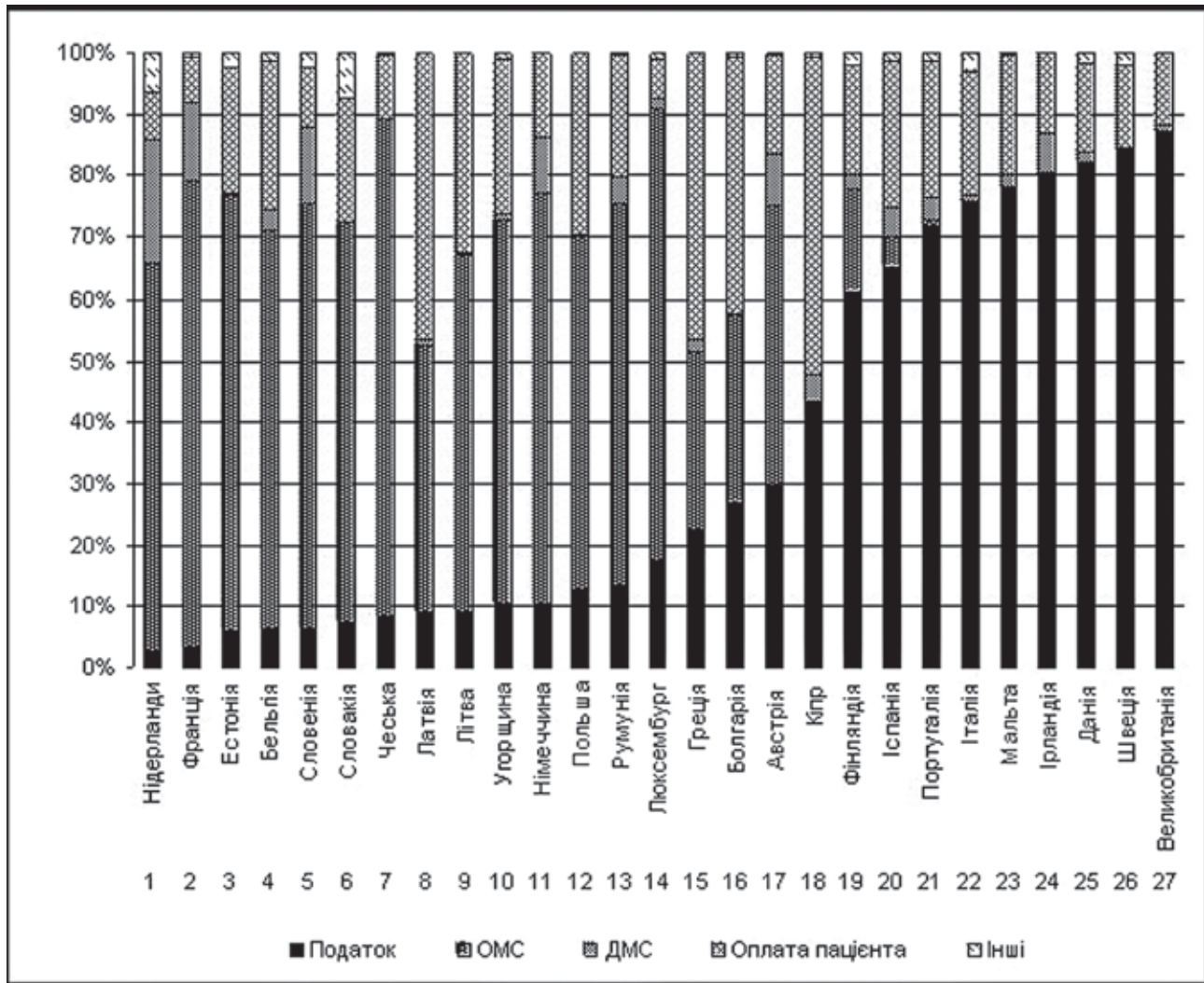


Рис. 1. Доходна фінансова база на охорону здоров'я країн ЄС, в основу ранжування якої закладено фінансування за рахунок оподаткування

даних [9–17] досліджено групу країн (n=9: Данія, Фінляндія, Ірландія, Італія, Мальта, Португалія, Іспанія, Швеція та Сполучене Королівство Великобританії), в яких фінансовий пул формується головним чином за рахунок оподаткування (понад 50%).

Слід відзначити, що оподаткування за своєю природою в країнах неоднорідне: податки розрізняються за джерелами (прямі і непрямі), рівнем (загальнодержавні і місцеві), типу (загальні та адресні). Різні типи податків мають неоднакове значення з точки зору соціальної справедливості та економічності.

У Великобританії охорона здоров'я фінансується переважно шляхом прямого оподаткування. Адресні прибуткові податки на охорону здоров'я відіграють першочергову роль в Італії. На охорону здоров'я відкладається щонайменше частина податків від продажу сигарет у Великобританії. Регіональні або місцеві податки – головне джерело доходів охорони здоров'я в Данії, Фінляндії, Швеції, а з 2000 р. також в Італії. Загальнодержавні податки – основне джерело доходів

охорони здоров'я у Великобританії, Іспанії та Португалії.

### Прямі або непрямі податки

Прямими називаються податки, які стягуються з окремих осіб, господарств або фірм. До прямих податків належать прибуткові податки: податки на прибуток, податки на дохід з нерухомого майна. Прибуткові податки звичайно стягуються за прогресивним принципом, що призводить до перерозподілу доходів між бідними і багатими (чим вищий дохід, тим вище ставка податку). Деякі інституціональні особливості прямого оподаткування можуть призвести до горизонтальної нерівності (тобто до нерівності між людьми, що мають однакові доходи). Мова йде про випадки, коли:

- ставки прибуткового податку варіюють по регіонах;
- деякі види доходів звільнені від прибуткового податку;
- деякі типи витрат виключаються з суми,



що підлягає обкладенню прибутковим податком (такі платежі відсотків по заставі, приватні медичні страхові премії або платежі готівкою за медичні послуги).

Збір простих податків не становить особливих адміністративних труднощів, коли ведеться офіційний облік заробітків чи прибутків. Заробіток – легко ідентифіковано джерело доходів; відповідно, податок може утримуватися безпосередньо з джерела. При наявності розвинутої неофіційної економіки необхідні значні адміністративні зусилля, щоб зменшити ступінь ухилення від сплати податків.

Непрямі податки – це податки на торгові операції та товари. До непрямих податків відносяться, наприклад, податок з обороту, податок на додану вартість, акцизні податки, експортні та імпорتنі мита.

Непрямі податки можуть бути регресивними, оскільки:

- люди з більш високими доходами відкладають більше грошей, а заощадження не обкладаються непрямими податками;

- люди з відносно низькими доходами витрачають пропорційно більше коштів на товари, що обкладаються високими податками (наприклад, на тютюн);

- у багатьох випадках непрямі податки являють собою одноразові виплати (такі, наприклад, як водійські права).

Непряме оподаткування товарів і послуг – явне і тому легко ідентифіковане джерело, особливо за наявності розвинутої неофіційної економіки та поширеній практиці ухилення від сплати податків. Диференціальні ставки податків, будучи застосованими до шкідливих для здоров'я товарів (тютюнових виробів і т. п.), можуть знизити споживання таких товарів і тим самим сприяти покращенню здоров'я населення. Застосування високих ставок до предметів розкоші і нульових ставок до предметів першої необхідності також може призвести до прогресивних результатів. В цілому, непрямі податки мають регресивну природу, оскільки платежі за такими податками визначаються споживанням товарів і послуг, а не загальним розміром доходів.

### Місцеві та загальнодержавні податки

На користь місцевого оподаткування висувуються такі аргументи:

- більш високий ступінь прозорості: витрати на охорону здоров'я зазвичай складають основну частину місцевих бюджетів; відповідно, зв'язок між сумою, яка стягується в якості місцевого податку та сумою, яка повинна бути витрачена на потреби охорони здоров'я, має більш безпосередній характер (ці кошти не є адресними, проте наділені деякими властивостями «адресності»);

- більш високий ступінь підзвітності: місце-

ві політики знаходяться ближче до електорату; відповідно, рішення щодо витрачання грошей носять більш об'єктивний характер;

- чуйність на місцеві потреби: особи, що приймають рішення щодо витрачання грошей на охорону здоров'я, можуть керуватися специфічними інтересами місцевих жителів;

- відділення охорони здоров'я від конкуруючих пріоритетних сфер державної політики: охорона здоров'я може бути пріоритетною сферою на місцевому рівні, де конкуренція за державні кошти виражена слабше. Ступінь пріоритетності охорони здоров'я на місцевому рівні залежить від функцій місцевого уряду і від того, наскільки значні повноваження, передані місцевому уряду з центру.

Висувуються також окремі контраргументи. Першість в місцевих бюджетах витрат на охорону здоров'я (в бюджетах більшості округів Швеції такі витрати складають до 70%) може породити свого роду інерцію, оскільки місцеві політики не хочуть змін: в медичних закладах працює значна частина місцевих жителів, що є джерелом постійного тиску на центральну владу з метою утримати високий рівень фінансування. Місцеві податки можуть також призвести до горизонтальної нерівності, якщо в різних регіонах застосовуються різні ставки податків. Більше того, одні й ті ж ставки можуть привести до підвищення рівня доходів для багатих регіонів і до зниження рівня доходів для бідних регіонів. Внутрішня міграція, особливо міграція молодого працездатного населення з сільської місцевості в міста, може поглибити нерівність між регіонами з огляду на високий рівень непрацездатного населення у сільській місцевості.

Теоретично, місцеве оподаткування, подібно загальнодержавному, може бути як прогресивним, так і регресивним, проте його масштаби більш обмежені, оскільки воно перерозподіляє прибутки тільки всередині даного регіону.

Загальнодержавне оподаткування допускає компроміси між сферою охорони здоров'я та іншими сферами державної політики. У системах, що фінансуються з податкових надходжень, рішення про те, яка частка державних витрат повинна бути виділена на охорону здоров'я, носять чіткий і недвозначний характер. На загальнодержавному рівні компроміси укладаються з іншими програмами витрат або переказами коштів, зниження податків або списання боргів. Розподіл коштів відображає здатність міністерства охорони здоров'я добиватися своїх цілей шляхом переговорів з іншими міністерствами.

У більшості країн щорічний процес формування бюджетів та розподілу коштів по різним урядовим відомствам або департаментам традиційно виявляє відносну слабкість сфери охорони здоров'я (представлену, як правило, міністерством охорони здоров'я) в порівнянні з міністер-

ством фінансів.

Перевага збору податків на загальнодержавному рівні – економія на адміністративних витратах (позитивний ефект масштабу). Передача повноважень щодо стягування податків регіонам знижує позитивний ефект масштабу і тим самим збільшує адміністративні витрати.

### Загальні або адресні податки

Основні переваги загального оподаткування полягають в наступному:

- значна податкова база (різноманіття механізмів стягнення податків і різноманіття джерел податкових надходжень);
- можливість компромісів між охороною здоров'я та іншими сферами витрачання державних коштів (адресні податки не допускають таких компромісів).

Фінансування охорони здоров'я шляхом загального оподаткування також означає, що вкладення коштів в охорону здоров'я є предметом щорічних переговорів про структуру витрачання державних фінансів. Ця обставина сприяє політизації процесу і одночасно розвитку демократичних структур підзвітності.

Адресні (цільові, відкладені) податки призначені спеціально для охорони здоров'я і можуть бути як прямими, так і непрямими. Адресний прибутковий податок, або податок на охорону здоров'я, має ряд переваг перед загальним оподаткуванням. Так, зважаючи на свій більш явний характер він може знизити протидію оподаткуванню.

Встановлення реального зв'язку між оподаткуванням та витратами робить фінансування охорони здоров'я більш прозорим і підвищує ступінь його відповідності справжнім потребам населення. Однією з можливих переваг адресного оподаткування є в тому, що воно вселяє людям відчуття певної особистої причетності до податкової системи; останнє, в свою чергу, може сприяти підвищенню тиску на постачальників з метою покращення якості послуг. Крім того,

адресні податки більш стійкі до політичних маніпуляцій.

З іншого боку, у адресного оподаткування є і потенційно слабкі сторони. На практиці не всі податки, які називаються адресними або мають ознаки «адресності», є строго цільовими, оскільки доходи від них можуть з'єднуватися з надходженнями від інших податків. Це послаблює зв'язок між прибутком і витратами і, отже, знижує рівень довіри населення. «Адресність» податку може також знизити ступінь гнучкості бюджетного процесу, у якому витрати визначаються розмірами доходів, а не політичними рішеннями (процес надходження доходів носить циклічний характер, що підвищує ймовірність періодичних підйомів і спадів). Відділення охорони здоров'я від інших сфер витрачання державних коштів може привести до вимог ввести інші адресні бюджети, що загрожує негативними наслідками для інтегрованої політики в галузі охорони здоров'я; однак, більшість сучасних фахівців вважає саме таку політику ключовим методом поліпшення здоров'я населення [7]. Адресні податки можуть принести користь окремим зацікавленим групам і професійним лобі, розмір впливу яких значною мірою визначається можливістю розпоряджатися грошима.

Таким чином, за результатами дослідження підходів до формування системи фінансування охорони здоров'я країн ЄС, доходи яких формуються переважно за рахунок оподаткування встановлено:

1. Всі країни знаходяться у стані вирішення проблем, які пов'язані зі зростанням витрат на охорону здоров'я та обмеженістю ресурсів, тому зусилля менеджерів зосереджені на збільшенні доходної фінансової бази.
2. Джерела формування фінансового пулу за рахунок різноманітних видів оподаткування.
3. Соціальна справедливість при доступі до послуг вище там, де охорона здоров'я фінансується з адресних податкових надходжень.
4. Фінансові потоки мають бути більш прозорі, що підвищує ступінь прийнятності внесків з точки зору громадськості.

### Література

1. Москаленко В. Ф., Латишев Є. Є., Бекало М. С. Підходи до формування системи фінансування охорони здоров'я країн європейського союзу// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – № 4 (12). – С. 39–47.
2. Buckingham: Open University Press. Evans, R. G. (1998) Going for gold: the redistributive agenda behind market based health care reform, in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron (eds) Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvements. Chichester: Wiley.
3. Hills, J. (2000) Taxation for the Enabling State, CASE Discussion Paper No. 41. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.
4. Kanavos, P. and McKee, M. (2000) Cross border issues in the provision of health services: are we moving towards a European health care policy?, Journal of Health Services Research and Policy, 5(4): 231–6.
5. McGrail, K., Green, B., Barer, M. L. et al. (2000) Age, costs of acute and long term care and proximity to death: evidence for 1987–88 and 1994–95 in British Columbia, Age and Ageing, 29 (3): 249–53.
6. Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001) The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do? Hampshire: Palgrave.
7. Mossialos, E., Dixon, A. and McKee, M. (2000) Paying for the NHS, British Medical Journal, 320:1978.

8. Murthy, A., Dixon, A. and Mossialos, E. (2001) Genetic testing and insurance: implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) decision, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (2): 5760.
9. Vrangbaek K (2009). The health system in Denmark. New York, The Commonwealth Fund.
10. Jarvelin J (2002). Health care systems in transition: Finland. *Health Systems in Transition*, 4(1):1–92.
11. McDaid D, Wiley MM (2009). Ireland: health system review. *Health Systems in Transition* (forthcoming).
12. Donatini A et al. (2009). Italy: health system review. *Health Systems in Transition* (forthcoming).
13. Fattore G, Torbica A (2006). Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? *Health Care Management Science*, 9:251–258.
14. Muscat N (1999). Health care systems in transition: Malta. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
15. Duran A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4):1–208.
16. Glenngard AH et al. (2005). Health systems in transition: Sweden. *Health Systems in Transition*, 7(4):1–128.
17. Boyle S (2007). The UK health system. New York, Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/UK\\_Country\\_Profile\\_2008.pdf?section=4061](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061), accessed 29 November 2008).

## ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПЫТ НЕКОТОРЫХ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

**Латышев Е. Е.**

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика*

В статье проанализированы источники финансирования систем здравоохранения стран европейского региона, доходы которых формируются преимущественно за счет налогообложения и определены особенности сбора налогов на здравоохранение.

**Ключевые слова:** финансирование и организация здравоохранения, налог, поставщик и заказчик медицинских услуг.

## THE FINANTIONAL HEALTH SYSTEMS': EXPERIENCE SOME EUROPEAN UNION COUNTRIES

**Latyshev E. E.**

*National medical academia postgraduated educational after name P. L. Shupik*

The analysis forming finantional database health systems' European Union countries, income forming on tax and substantiate special collection tax in health systems'.

**Keywords:** financing and organization health systems', tax, supplier and customer of medical serves.